



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA (Tdap, VPH, Meningitis)

Nombre: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: M F

En caso de menores, nombre del padre/tutor: _____
Apellido Primer nombre Inicial

Fecha de nacimiento del padre/tutor: ____ / ____ / ____ N.º de seguro social del padre: _____ - _____ - _____
opcional

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Grado: _____ Maestro de aula: _____ Escuela: _____

IMPORTANTE Número de teléfono del padre/tutor Hogar: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Health Department Use Only

Cli ID#: _____

Encounter #: _____

Receipt #: _____

***Nota:** Se le aplicarán vacunas a su hijo sin costo alguno si el niño es elegible para el Programa de vacunas para niños. Si su hijo está cubierto por un plan privado de seguro médico, el Departamento reembolsará todos los costos permitidos relacionados con la aplicación de la vacuna. **Su hijo no será vacunado si no usted brinda toda la información de seguro que se solicita a continuación.**

- Mi hijo: *no* está asegurado (no tiene cobertura por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)
 es indio americano o nativo de Alaska
 tiene Medicaid - Medicaid n.º: _____
 tiene FAMIS - FAMIS n.º: _____
 tiene otro seguro no mencionado anteriormente (especifique el plan) _____
N.º de póliza _____ Nombre del titular de la póliza _____

Adjunte una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro o complete la siguiente información:

Dirección de la compañía de seguros _____

Número de teléfono de la compañía de seguros _____

Autorizo a VDH a divulgar los registros necesarios para respaldar la solicitud de pago de Medicare, Medicaid y otros beneficios de atención médica. Solicito al tercero pagador que pague los beneficios autorizados al VDH en mi nombre.

Marque SÍ o NO en todas las preguntas a continuación para determinar si su hijo puede recibir. El enfermero que administre la vacuna revisará esta información el día de aplicación de la vacuna.

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Su hijo ha tenido una reacción alérgica potencialmente mortal después de una dosis de cualquier vacuna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Su hijo tiene alergia severa a algún componente de la vacuna Tdap, ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Su hijo estuvo en coma o tuvo convulsiones largas o múltiples en los siete días posteriores a una dosis de DTP, DTaP o Tdap? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Su hijo tiene epilepsia u otro problema del sistema nervioso, tuvo hinchazones severas o dolores severos después de una dosis previa de DTP, DTaP, DT o Td, o tuvo el síndrome de Guillain-Barré (GBS)? En caso afirmativo, consulte con su médico sobre la aplicación de la vacuna Tdap. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si respondió alguna de las preguntas anteriores de manera afirmativa, es posible que la vacuna Tdap no sea segura para su hijo/a y NO recibirá esta vacuna en la escuela.

AVISO DE CONSENTIMIENTO PRESUNTO PARA LA PRUEBA DE VIH Y DE HEPATITIS B O C

El artículo 32.1-45.1 enmendado del Código de Virginia (1950) exige que el VDH realice el siguiente aviso:

1. Si algún profesional de la salud o empleado del VDH estuviera expuesto directamente a la sangre o los fluidos corporales de su hijo de manera tal que se puedan transmitir enfermedades, entiendo que la ley exige que mi hijo brinde una muestra de sangre venosa para realizar pruebas adicionales. Entiendo que las pruebas que se realizarán son para detectar infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará el resultado de la prueba. 2. Si su hijo estuviera expuesto directamente a la sangre o los fluidos corporales de un profesional de la salud o empleado del VDH de manera tal que se puedan transmitir enfermedades, se analizará la sangre de la persona para detectar infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y por hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica les informará a usted y a la persona el resultado de la prueba.

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN DE MENORES: Complete las siguientes preguntas y firme.

Mi hijo(a) NUNCA recibió la vacuna contra el VPH. **Nota: Su hijo(a) necesitará dos dosis: la primera dosis se aplicará ahora y la segunda se aplicará 6 meses después de la primera. NOTA: Algunos menores con ciertas afecciones médicas podrán necesitar 3 dosis. Consulte con su médico para evaluar la necesidad de una tercera dosis.**

He leído la Declaración de información para la vacuna contra el VPH de 2016. Comprendo los riesgos y los beneficios, y presto mi consentimiento al Departamento de Salud y al personal autorizado de dicho departamento para que mi hijo(a), cuyo nombre se indica al comienzo del formulario, reciba la vacuna contra el VPH.

De ser necesario, presto mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba la segunda dosis aproximadamente seis meses después de la primera dosis.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:

He leído la Declaración de información de vacunación (VIS) para la vacuna MenACWY de 2018, entiendo los riesgos y beneficios, y otorgo mi consentimiento al Departamento de Salud y al personal autorizado del dicho departamento para que mi hijo, mencionado en la parte superior de este formulario, reciba la vacuna Tdap.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:

He leído la Declaración de información de vacunación (VIS) para la vacuna Tdap de 2015, entiendo los riesgos y beneficios, y otorgo mi consentimiento al Departamento de Salud y al personal autorizado del dicho departamento para que mi hijo, mencionado en la parte superior de este formulario, reciba la vacuna Tdap.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Oficina de Privacidad y Seguridad**Autorización para la divulgación de información médica protegida**

El presente consentimiento autoriza al Departamento de Salud de Virginia (VDH) a divulgar información médica personal a las personas u organizaciones que he indicado.

- Entiendo que la prestación de tratamiento para mi hijo no podrá depender de que yo firme esta autorización.
- Cualquier información médica que haya sido divulgada por mi hijo o por mí ya no estará protegida por esta autorización.
- Se incluirá el original o una copia de la autorización en el registro médico de mi hijo.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de que yo solicitara la retención del registro médico. Se debe presentar la solicitud por escrito, y esta entrará en vigencia a partir de la fecha de entrega al proveedor que tenga mis registros médicos.
- Autorizo al VDH a divulgar la información médica de mi hijo a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Entiendo que los registros de vacunación de mi hijo se conservarán por un plazo de 21 años después del nacimiento.
- Entiendo que se entregará este documento al departamento de salud pública, quien lo conservará, y la escuela no conservará dicho documento.

Marque la casilla si desea recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date	Item code	Fund Source	Lot Number	Vaccine Administration Site		Provider #
	Tdap	VFC STF		RA	LA	
	Meningitis	VFC STF		RA	LA	
	HPV #1	VFC STF		RA	LA	
	HPV #2	VFC STF		RA	LA	

Comments

Provider Name/Signature and Date